Santé, Société et Solidarité

La construction sociale des inégalités de santé – L'exemple des cancers professionnels

Dossier « Inégalités sociales de santé »

Annie Thébaud-Mony

Citer ce document / Cite this document :

Thébaud-Mony Annie. La construction sociale des inégalités de santé – L'exemple des cancers professionnels. In: Santé, Société et Solidarité, n°2, 2004. Inégalités sociales de santé. pp. 111-122;

doi : https://doi.org/10.3406/oss.2004.1001;

https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2004_num_3_2_1001;

Fichier pdf généré le 11/04/2024

BY: $ = creative commons

Abstract

Morbidity and mortality indicators in France attest to a strong expansion in the cancer epidemic which compels an examination of both the search for the causes and the production of inequalities in cancer. The risk of dying from cancer before age 65 is four times higher for a blue-collar worker than for a white-collar worker. However, occupational cancers recognized in 2002 by the Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
(national employee health insurance fund) represent less than 1 percent of the annual number of new cancer cases. This article examines the production of knowledge related to inequalities in cancer, the importance attached to occupational risks, and presents a multidisciplinary approach of action-research in public health to identify the inequalities in the recognition of cancers as an occupational disease. Based on knowledge established on the causes of cancer and the social inequalities in cancer, Part One will examine the knowledge produced to date and its limitations. Part Two will present the research question, the methodological tools and the initial results of the action-research process related to the surveillance of occupational cancers implemented since 2002 in Seine-Saint-Denis, by highlighting the contribution of each discipline to data production. In line with the international literature on the relations between social precarization, work and health, these results highlight the precarization of rights to compensation in cases of occupational cancer and raise questions about the backlash of inequality based on the visibility and the very knowledge of workrelated cancers.

Résumé

Les indicateurs de morbidité et de mortalité en France témoignent d'une croissance forte de l'épidémie de cancer qui oblige à s'interroger sur la recherche des causes mais aussi sur la production des inégalités face au cancer. Le risque de mourir du cancer avant 65 ans est quatre fois plus élevé pour un ouvrier que pour un cadre. Pourtant, les cancers d'origine professionnelle reconnus en 2002 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) représentent moins de 1% du nombre annuel de nouveaux cas de cancer. Cet article a pour objectif de questionner la production de connaissances concernant les inégalités face au cancer et la place donnée aux risques du travail, puis de présenter une démarche pluridisciplinaire de recherche-action en santé publique permettant d'identifier les inégalités face à la reconnaissance des cancers comme maladie professionnelle. Partant des connaissances établies sur les causes de cancer et sur les inégalités sociales face au cancer, il s'agit, dans une première partie, d'analyser quelles sont à ce jour les connaissances produites et leurs limites. La seconde partie présente la problématique, les outils méthodologiques et les premiers résultats du dispositif de recherche-action concernant la surveillance des cancers d'origine professionnelle mis en oeuvre depuis 2002 en Seine-Saint-Denis, mettant en évidence l'apport de chaque discipline dans la production des données. En concordance avec la littérature internationale sur les relations entre précarisation sociale, travail et santé, ces résultats mettent en évidence la précarisation des droits à la réparation des cancers professionnels et ils permettent de questionner les effets en retour de l'inégalité constituée sur la visibilité et la connaissance même des cancers liés au travail.

BY: $ = creative commons

La construction sociale des inégalités de santé – L'exemple des cancers professionnels

Annie Thébaud-Mony – FRANCE
Sociologue et directrice de recherche au Centre de recherche sur les enjeux contemporains en santé publique (CRESP), Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Université Paris 13.

RÉSUMÉ Les indicateurs de morbidité et de mortalité en France témoignent d'une croissance forte de l'épidémie de cancer qui oblige à s'interroger sur la recherche des causes mais aussi sur la production des inégalités face au cancer. Le risque de mourir du cancer avant 65 ans est quatre fois plus élevé pour un ouvrier que pour un cadre. Pourtant, les cancers d'origine professionnelle reconnus en 2002 par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) représentent moins de 1 % du nombre annuel de nouveaux cas de cancer.

Cet article a pour objectif de questionner la production de connaissances concernant les inégalités face au cancer et la place donnée aux risques du travail, puis de présenter une démarche pluridisciplinaire de recherche-action en santé publique permettant d'identifier les inégalités face à la reconnaissance des cancers comme maladie professionnelle. Partant des connaissances établies sur les causes de cancer et sur les inégalités sociales face au cancer, il s'agit, dans une première partie, d'analyser quelles sont à ce jour les connaissances produites et leurs limites. La seconde partie présente la problématique, les outils méthodologiques et les premiers résultats du dispositif de recherche-action concernant la surveillance des cancers d'origine professionnelle mis en œuvre depuis 2002 en Seine-Saint-Denis, mettant en évidence l'apport de chaque discipline dans la production des données. En concordance avec la littérature internationale sur les relations entre précarisation sociale, travail et santé, ces résultats mettent en évidence la précarisation des droits à la réparation des cancers professionnels et ils permettent de questionner les effets en retour de l'inégalité constituée sur la visibilité et la connaissance même des cancers liés au travail.

ABSTRACT *Morbidity and mortality indicators in France attest to a strong expansion in the cancer epidemic which compels an examination of both the search for the causes and the production of inequalities in cancer. The risk of dying from cancer before age 65 is four times higher for a blue-collar worker than for a white-collar worker. However, occupational cancers recognized in 2002 by the* Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés *(national employee health insurance fund) represent less than 1 percent of the annual number of new cancer cases.*

This article examines the production of knowledge related to inequalities in cancer, the importance attached to occupational risks, and presents a multidisciplinary approach of action-research in public health to identify the inequalities in the recognition of cancers as an occupational disease. Based on knowledge established on the causes of cancer and the social inequalities in cancer, Part One will examine the knowledge produced to date and its limitations. Part Two will present the research question, the methodological tools and the initial results of the action-research process related to the surveillance of occupational cancers implemented since 2002 in Seine-Saint-Denis, by highlighting the contribution of each discipline to data production. In line with the international literature on the relations between social precarization, work and health, these results highlight the precarization of rights to compensation in cases of occupational cancer and raise questions about the backlash of inequality based on the visibility and the very knowledge of work-related cancers.

En France, la mortalité par cancer[1] est passée de 125 000 décès annuels en 1980 à 150 000 en 2000. La morbidité[2] est passée de 170 000 nouveaux cas annuels en 1980 à 278 000 en 2000 (Remontet *et al.*, 2003). La France occupe le premier rang des pays européens pour la mortalité prématurée par cancer avec 42 000 décès chez des personnes de moins de 65 ans (BEH, 2003). Un plan-cancer national a été lancé (Commission cancer, 2003). Un essai récent *La société cancérigène : lutte-t-on vraiment contre le cancer ?* soulève cependant des doutes sur l'action engagée. *Et si l'on se trompait de cible ?* écrivent les auteurs, *S'il fallait inventer d'autres voies ? Inverser la perspective ? Ne plus s'attaquer seulement aux effets et aux facteurs de risque individuels, mais aussi aux causes sociales, professionnelles et environnementales ?* (Barbier et Farachi, 2004).

Ce débat sur les causes du cancer est présent dans les champs politique et administratif à propos du coût, pour l'assurance-maladie, de la prise en charge des atteintes liées au travail mais non reconnues comme telles. Des études et rapports administratifs des vingt dernières années font apparaître un déficit de connaissance des maladies professionnelles en général et des cancers d'origine professionnelle en particulier (Cassou *et al.*, 1984 ; Thébaud-Mony, 1991 ; Commission Dorion, 1993 ; Commission Déniel ; 1997, Brugère et Thébaud-Mony ; 1999, Cour des comptes ; 2002).

Partant des connaissances établies sur l'inégalité face au cancer, cet article analyse en premier lieu les connaissances produites sur les inégalités face au cancer et leurs limites. La seconde partie présente la problématique, les outils méthodologiques et les premiers résultats du dispositif de recherche-action concernant la surveillance des cancers d'origine professionnelle mis en œuvre depuis 2002 en Seine-Saint-Denis. En concordance avec la littérature internationale en sciences sociales, les résultats obtenus mettent en évidence la précarisation des droits à la réparation des cancers professionnels. Les inégalités sociales qui en résultent – notamment par un déficit de reconnaissance en maladie professionnelle – renforcent ainsi l'invisibilité des cancers liés au travail.

La production de connaissances concernant l'inégalité sociale en matière de cancer

L'élaboration des connaissances sur les inégalités face au cancer et leur interprétation s'inscrit en référence à la conception des rapports santé/société, sous-jacente au cadre théorique et méthodologique des recherches menées.

Méthode statistique et causalité en santé publique

La production de connaissances concernant les inégalités sociales s'appuie sur l'usage d'une méthode de mesure, la statistique, et sur ce que l'Etat recherche dans la production de données sociales et économiques (Desrosières, 2000). En France, cet usage s'est imposé en santé publique à travers les méthodes de l'épidémiologie dite « étiologique » (visant à identifier des liens de causalité entre des phénomènes statistiquement associés). Concernant la mesure des inégalités sociales de santé, l'épidémiologie explore des relations de causalité entre des « déterminants sociaux » et la survenue des problèmes de santé. À l'aide « d'indicateurs de situation sociale » susceptibles de rendre compte de la différenciation sociale elle-même, il s'agit de quantifier les rapports entre ces déterminants et la santé (Goldberg *et al.*, 2003). Anthropologue et sociologue, Fassin et Aiach ont mis en évidence le système d'interprétation des rapports santé/société qui sous-tend cette démarche.

Critiquant « l'emprunt » par l'épidémiologie de la notion de « capital social » et sa transformation en une variable quantitative, Fassin (2003) montre comment, dans le modèle épidémiologique d'interprétation des inégalités de santé, le choix des variables prises comme indicateurs du capital social produit « un déplacement du niveau structurel vers le niveau interactionnel », occultant la réalité des conditions socioéconomiques, les transformations de la division sociale du travail, la

1. La mortalité par cancer désigne le nombre de décès annuels dont la cause inscrite sur le certificat de décès est le cancer. La morbidité désigne le nombre de nouveaux cas recensés dans l'année.
2. La morbidité désigne le nombre de nouveaux cas recensés dans l'année.

répartition de la richesse. Ce modèle d'interprétation des inégalités de santé tend alors *à faire reposer la réforme de la société avant tout sur les individus pour qu'ils développent leur vertu civique et une solidarité efficace et à sous-estimer les mécanismes globaux et locaux de reproduction de l'inégalité.*

Aiach identifie deux mécanismes idéologiques à l'origine du déni scientifique et politique de la réalité structurelle des inégalités sociales de santé en France : d'une part, le déni des questions de justice sociale ; d'autre part, les fondements de l'idéologie préventive dominante. Le discours politique des années 70 s'est polarisé sur la *lutte contre la pauvreté absolue* (Aiach, 1987). Celui des années 90 invoque la *précarité* et l'*exclusion* (Aiach, 1995). Dans les deux cas, il s'agit non pas d'*inégalités* mais de *maux* sociaux, mesurés à l'aide d'indicateurs synthétiques de pauvreté et de mauvaise santé, indicateurs de *vulnérabilité* des individus concernés (Aiach, 2001). Il met également en cause l'idéologie préventive de la responsabilité individuelle des comportements à risque qui sous-tend les priorités gouvernementales en santé publique.

Cette représentation dominante des inégalités de santé se réfère à une conception implicite des rapports santé/société (Turshen, 1989) qui considère la société comme une somme d'individus dont les caractéristiques propres rendent compte de la genèse et de la répartition des pathologies dans une population. La recherche des causes de maladie est centrée sur ces caractéristiques individuelles. Les conditions sociales elles-mêmes sont réduites aux dimensions de déterminants individuels, aux côtés des caractéristiques génétiques, biologiques et psychologiques. Foucault et Canguilhem ont montré comment cette conception de la santé tend à faire reposer essentiellement sur les individus eux-mêmes, la responsabilité – biologique, génétique mais aussi sociale – des problèmes de santé, en occultant les dimensions à la fois collectives et politiques de leur prise en charge (Foucault, 1976 ; Canguilhem, 1991).

Turshen inscrit ses travaux dans une autre conception des rapports santé/société, selon laquelle la société est une construction historique et la santé un processus dynamique d'interaction entre le corps (biologique, psychologique, mais aussi culturel et social), les conditions matérielles – elles-mêmes socialement déterminées par l'évolution culturelle, technique en référence aux choix politiques – et les rapports sociaux au sein de la société (Turshen, 1989).

Production de connaissances concernant les cancers : causalité et inégalité

Dans le cas du cancer, l'essentiel des connaissances épidémiologiques s'inscrit dans le premier modèle de référence théorique des rapports santé/société. Concernant les cancers, la démarche épidémiologique classique se heurte à la complexité d'une maladie dont la genèse s'inscrit à l'articulation de l'individuel et du collectif. Car le phénomène de cancérisation n'est plus considéré, depuis longtemps, comme un événement unique, mais comme la résultante de plusieurs événements s'échelonnant sur une longue période de la vie de l'individu, les premières étapes pouvant se situer des années, voire des décennies avant l'apparition de symptômes. Il s'agit d'une histoire singulière, propre à chaque individu, mais inscrite aussi dans l'histoire collective de la montée des risques cancérogènes dans l'environnement humain, avec la forte augmentation des substances toxiques introduites dans les procédés de travail et l'environnement[3].

Dans une perspective sociologique, il ne s'agit pas de « choisir » entre risques individuels et risques collectifs mais d'identifier les angles morts d'une approche de la maladie et des risques rapportés aux seuls individus et à leurs comportements. La consommation de tabac tout comme l'exposition à l'amiante s'inscrivent

3. Les enquêtes françaises sur les conditions de travail, menées par le ministère du Travail depuis 1978, mettent en évidence une augmentation du pourcentage de travailleurs exposés à des poussières, des substances dangereuses et/ou des fumées toxiques. Ainsi, la proportion d'ouvriers déclarant respirer des poussières est passée de 50 % en 1984 à 65 % en 1998 (Cezard et Hamon-Cholet, 1999). Les travaux menés dans le cadre du projet de réglementation européenne sur les substances chimiques s'appuient sur un « livre blanc de la chimie » indiquant qu'environ 150 000 molécules chimiques sont en circulation sur le marché européen, dont seulement quelques milliers ont fait l'objet de tests de toxicité. Selon la Confédération européenne des syndicats, 32 millions de travailleurs européens sont exposés à des cancérogènes professionnels avérés (voir le dossier établi par le Bureau technique syndical européen, site Internet : www.etuc.org/tutb/). À ceci, il convient d'ajouter l'ensemble des sites contaminés à l'amiante dans l'ensemble des pays de l'Union européenne.

dans l'histoire de la société industrielle et dans un processus économique, social et culturel de diffusion de substances à risque. Le tabagisme n'est pas une « pure » conduite individuelle à risque. Il s'inscrit au cœur de contradictions sociales et de contraintes psychologiques qui s'enracinent de façon indissociable, autant dans la vie collective qu'individuelle. La démarche est ici de questionner les différents systèmes d'interprétation des inégalités face au cancer et des formes de production de connaissances qui y sont associés.

Sans s'écarter du modèle dominant d'interprétation de la causalité du cancer en référence aux caractéristiques individuelles présenté ci-dessus, l'épidémiologie des risques professionnels élargit la perspective classique à des variables d'exposition professionnelle individuelle. Cette démarche a notamment permis de mettre en évidence des excès de cancer dans des populations de travailleurs stables et permanents, exposés toute leur carrière aux mêmes polluants (les cancers des mineurs d'or ou d'uranium, l'amiante des travailleurs de l'isolation dans les années 60 aux États-Unis, les poussières de bois des ébénistes, etc.). Cependant, ces études datent de plusieurs années déjà et concernent essentiellement les secteurs d'emplois masculins. Elles ont été menées dans la période fordiste, celle des « trente glorieuses », au cours de laquelle une part importante des travailleurs était employée selon le modèle de l'emploi dit « typique », c'est-à-dire l'emploi permanent, en contrat à durée indéterminée, dans l'exercice d'un même « métier », dans une même entreprise ou catégorie d'entreprises, pendant de longues années voire durant toute la carrière. En revanche, le travail féminin, le plus souvent précaire, intermittent, et surtout considéré comme simple salaire d'appoint, n'a pas suscité de recherches épidémiologiques particulières sur les risques professionnels des femmes, même dans des secteurs fortement féminisés comme le textile ou le nettoyage qui utilisent de nombreuses substances chimiques (Messing, 2000).

Selon la revue bibliographique réalisée par le Centre international de recherches sur le cancer (CIRC), dans tous les pays disposant de données statistiques de mortalité par catégorie socioprofessionnelle, la mortalité par cancer, en particulier la mortalité précoce (avant 65 ans) est plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles (Kogevinas *et al.*, 1997). En France, le taux annuel moyen de mortalité par cancer chez les hommes de 45 à 54 ans est quatre fois plus élevé chez les ouvriers non qualifiés que chez les cadres et professions intellectuelles (Desplanques, 1993). La croissance observée des cancers depuis vingt ans semble associée principalement à certains types de cancer, notamment du poumon et des voies aérodigestives supérieures chez les hommes, et du sein chez les femmes (Remontet *et al.*, 2003). Depuis 1975, la France est en tête des pays européens en matière d'inégalité de mortalité masculine avant 65 ans (Kunst *et al.*, 2000). Quant aux très fortes disparités géographiques en France même, elles sont, par hypothèse, essentiellement rapportées aux habitudes individuelles (Remontet *et al.*, 2003 ; Kunst *et al.*, 2000 ; BEH, 2003). Or le gradient des disparités de consommation entre groupes sociaux est sans commune mesure avec l'inégalité observée concernant les cancers. En France, chez les hommes, même si les ouvriers fument en moyenne davantage que les cadres, la différence moyenne de tabagisme entre cadres et ouvriers est seulement de l'ordre de 20 % (Brixi et Lang, 2000). En revanche, l'excès de risque de mortalité précoce par cancer chez les ouvriers est de l'ordre de 200 % par rapport aux cadres. Pourtant la Commission cancer (2003) reprend à son compte les hypothèses selon lesquelles le cancer serait essentiellement une question de responsabilité individuelle en référence à des comportements à risque.

Les travaux de l'INSEE sur la mortalité différentielle permettaient cependant, dès les années 80, de fonder des hypothèses sur l'influence du « métier » dans les inégalités de mortalité masculine (voir encadré 1).

Sur la base des résultats d'une méta-analyse d'études internationales, Boffeta *et al.* estiment qu'un tiers de l'excès de cancers observé dans les catégories sociales défavorisées comparées aux groupes sociaux les plus favorisés serait lié à l'exposition professionnelle à des cancérogènes industriels. Cette proportion pourrait atteindre la moitié pour les cancers du poumon et de la vessie (Boffeta *et al.*, 1997).

Une estimation des « fractions attribuables » au travail chez les hommes a été faite en France

ENCADRÉ 1 **Influence du « métier » dans les inégalités de mortalité masculine**

« Des mesures plus fines, portant sur les seuls ouvriers, permettent de constater, d'un secteur à l'autre, d'un « métier » à l'autre, des différences de mortalité tout à fait significatives, au sein même d'une catégorie relativement homogène quant à son niveau de vie. C'est ainsi que l'Insee a pu calculer un indicateur synthétique de mortalité pour les générations 1921 à 1945. Cet indicateur vaut 100 pour l'ensemble de la population masculine. Il varie entre 42 pour les ingénieurs et 163 pour les manœuvres. Il vaut, par exemple, 107 pour les magasiniers, 115 pour les peintres en bâtiment, 118 pour les maçons, et 143 pour les déménageurs. Ce même indicateur, calculé cette fois pour les ouvriers actifs ayant un emploi, vaut 90 pour les ouvriers du secteur « construction navale, aéronautique, armement » et 122 pour ceux du secteur « fonderie et travail des métaux ». Des résultats plus fins provenant cette fois d'une enquête de type monographique menée par le laboratoire de physiologie du travail du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM) font apparaître des inégalités au sein de la population ouvrière dans le livre : le pourcentage de survivants à 70 ans, par rapport aux effectifs à 55 ans, est de 74,3 pour les correcteurs, 70,5 pour les compositeurs, 66,9 pour les clicheurs et 63,5 pour les rotativistes ».

(Teiger et Laville, 1981).

en 1999. Selon Imbernon, « les cancers du poumon d'origine professionnelle sont vraisemblablement compris entre 2 500 et 5 000 annuellement » (Imbernon, 2003) Selon l'auteur, ces estimations reposent sur des bases fragiles : l'incidence est évaluée à partir d'une extrapolation des données recueillies dans les quelques registres départementaux du cancer et l'estimation de l'exposition se réfère aux données d'une enquête du ministère du Travail, l'enquête SUMER, fondée sur l'expérience des médecins du travail qui ne disposent que d'une connaissance très partielle des conditions précises d'activité (Héran-Leroy et Sandret, 1996). Imbernon souligne que les chiffres ainsi obtenus sous-estiment probablement la fraction attribuable au travail, même s'ils sont beaucoup plus élevés que ceux issus des statistiques de reconnaissance des cancers d'origine professionnelle dans le cadre du système légal de reconnaissance des maladies professionnelles. Le nombre annuel de cancers indemnisés au titre du régime général et du régime minier entre 1986 et 2002 est passé de 114 cas en 1986 à 2 263 cas en 2002 (tableau 1), ce qui représente moins de 0,8 % des cas incidents estimés. L'augmentation observée concerne essentiellement les cas reconnus liés à l'amiante depuis 1995. Elle est concomitante de l'émergence du mouvement social de défense des victimes de l'amiante (Thébaud-Mony, 2003).

La connaissance et la compréhension des inégalités sociales face au cancer et du rôle du travail dans ces inégalités se heurtent donc aux limites de l'approche épidémiologique classique. Même si les modèles logistiques utilisés par l'épidémiologie prennent en compte et hiérarchisent une pluralité de facteurs de causalité, le cancer est considéré en référence au modèle biologique univoque d'une relation entre une pathologie et des facteurs de risque. Le travail est lui-même réduit à la relation individuelle à l'exposition professionnelle à un ou des cancérogènes (exposé/non exposé) sans aucune référence à ce qui fait de la survenue d'un cancer d'origine professionnelle un processus complexe à l'articulation d'histoires individuelles et collectives, elles-mêmes sous l'influence de logiques politiques, économiques, sociales et culturelles.

Ces limites conduisent à examiner quelle perspective peut ouvrir une approche des cancers et des inégalités face au cancer tenant compte de cette articulation et des logiques qui la traversent. Tout d'abord, la différenciation sociale des parcours professionnels des travailleurs eux-mêmes détermine la plus ou moins forte probabilité d'exposition à des cancérogènes dans le cadre du travail (Volkoff et Thébaud-Mony, 2000). Ces parcours professionnels s'inscrivent dans des logiques structurelles de division sociale du travail qui, depuis trente ans, ont conduit à une répartition très inégalitaire des risques entre travailleurs permanents des entreprises utilisatrices et travailleurs sous-traitants ou intérimaires (Thébaud-Mony, 2000). Enfin, la prévention en santé au travail dépend de politiques publiques dont la mise en débat fait émerger les enjeux contradictoires, comme l'illustrent

TABLEAU 1 Nombre de cas de cancers d'origine professionnelle reconnus

AGENT	Tableau MP	Type de K	1986	1990	1994	1998	2002
Amiante	30	mésothéliome	33	57	84	117	591
Bois	47	ethmoïde et sinus	37	28	27	54	125
Amiante	30 bis	KBP (1996 rétroactif 1995)	_	_	_	105	1 045
Benzène	4	leucémie	25	15	14	12	51
Amiante	30	KBP si relation amiante médic. caractér.	4	13	33	_	_
Amiante	30	aut.Tum.pleur. Prim.	2	8	9	20	38
Amiante	30	dégénerescence maligne b.p.(1996)	_	_	_	58	280
R.ionisants	6	leucémie	5	7	10	3	21
Benzène	4	syndrome myéloprolif.(1987)	_	5	7	1	13
R.ionisants	6	KBP (1994)	_	_	1	10	17
Amines aromat.(1)	15	lés. et tumeurs vésicales (b&m)	5	5	_	_	_
Fer	44 puis 44bis	KBP	0	0	2	_	11
Bis(chlorométhyleét.)(4)	81	KBP	_	2	1	_	0
Goudrons	16 bis	KBP	_	_	4	4	23
Goudrons	16 bis	epithéliomas prim. peau (1990)	_	1	2	1	2
Acide Chrom. et sels	10 ter	kbp	0	1	0	_	11
Pétrole (dérivés)	36 bis	épithéliomas prim.peau	_	_	5	_	5
Chlor.vynile	52	angiosarcome	1	0	1	1	0
Amines aromatiques	15 ter	vessie lésions malignes (1995)	_	_	_	4	19
Goudrons	16	épithéliomas	2	_	_	_	0
Goudrons	16 bis	vessie tumeurs malignes (1991)	_	_	0	2	6
R.ionisants	6	sarcome osseux (1994)	_	_	0	2	1
Arsen.(inhalé)	20 bis	KBP	0	0	1	_	0
mattes de nickel	37 ter	ethmoïde et sinus (1987)	_	0	1	_	2
mattes de nickel	37 ter	K bronchique primitif (1987)	_	0	0	_	0
Amines aromat.	15 ter	lés. prim. épithél. Vésical (1995)	_	_	_	_	_
Amines aromatiques	15	vessie tumeurs malignes (1994)	_	_	0	_	_
Arsenic	20	peau (dyskérat. +épithéliomas) (1994)	_	_	0	_	1
Arsenic	20	angiosarcome foie (1994)	_	_	0	_	0
Cobalt associé au tungstène	70 ter	KBP	_	_	_	_	1
Nitroso-guanidine/ nitroso-urées	85	Glioblastome	_	_	_	_	0
Total par année			**114**	**142**	**202**	**394**	**2 263**

les négociations en cours sur une réglementation concernant les produits chimiques dans l'Union européenne[4].

La production sociale des inégalités et de l'invisibilité des cancers professionnels

Un bilan approfondi des outils statistiques dans le champ des relations entre le travail et la santé a été mené par Cristofari à la demande du ministère des Affaires sociales (Cristofari, 2003). Une des principales limites de ces outils est l'absence de mise en relation entre les problèmes de santé (dans lesquels le travail joue un rôle) observés par les cliniciens et les caractéristiques du travail lui-même. Le réseau créé en Seine-Saint-Denis constitue un élément de réponse à cette carence.

Un dispositif de recherche-action

La Seine-Saint-Denis est un département d'Île-de-France marqué par la transformation du travail industriel depuis trente ans et par l'histoire de l'immigration de travail en France depuis soixante ans. Devant l'importante surmortalité par cancer constatée dans les années 80 et 90, un réseau pluridisciplinaire et pluri-institutionnel s'est constitué en 2002 pour la mise en place d'une enquête permanente auprès des patients atteints de cancer dans trois hôpitaux du département pour les cancers du poumon, de la plèvre (mésothéliome et autres tumeurs pleurales), du larynx, de l'ethmoïde et des sinus, des voies urinaires et les leucémies.

Quelle que soit la pathologie en cause, dans une perspective de veille sanitaire (en vue de la prévention), la maladie peut être considérée comme « événement sentinelle ». Ceci suppose un rôle actif des cliniciens pour l'inclusion des malades dans l'enquête. La participation de ceux-ci dépend, en effet, de la qualité de l'information donnée par le clinicien[5]. Ainsi s'instaure une coopération entre les médecins, les patients et l'équipe chargée de coordonner les étapes ultérieures de l'enquête.

La reconstitution des parcours-travail suppose d'accéder à l'activité de travail elle-même, cette expérience faite de répétitions et d'imprévus, de routine et d'aléas, dans lesquels l'exposition aux cancérogènes se décline selon mille variations. Ces informations sont recueillies par des sociologues et psychologues du travail lors d'entretiens semi-directifs auprès des patients, s'appuyant sur les méthodes qualitatives utilisées tant en sociologie (histoires de vie) qu'en ergonomie et psychologie du travail (approche de l'activité et du vécu du travail). Cette démarche a pour outil essentiel le retour du travailleur lui-même sur son expérience « subjective »[6], selon une méthode à l'articulation des deux disciplines (Oddone *et al.*, 1981). En effet, sur des périodes comprises entre vingt et cinquante ans, il est le seul à détenir les éléments de mémoire permettant la reconstitution de son activité de travail au fil du temps (Thébaud-Mony *et al.*, 2003).

L'identification des cancérogènes professionnels dans les parcours-travail est effectuée – en double lecture – par des experts, professionnels et chercheurs dont la qualification permet de construire une expertise pluridisciplinaire fondée sur une pluralité d'expériences dans le domaine des cancers d'origine professionnelle : toxicologues qui apportent une connaissance scientifique sur les substances cancérogènes industrielles ; hygiénistes industriels (INRS, CRAM) qui ont une expérience de l'utilisation des produits cancérogènes et de son évolution dans les procédés et ambiances de travail ; médecins du travail qui allient la surveillance individuelle des travailleurs et une certaine connaissance des postes de travail. Il eut été logique de pouvoir croiser expériences, données scientifiques et mesure des expositions, mais cette dernière est absente et ne peut être donnée *a posteriori*.

Une analyse quantitative et qualitative des résultats de la première année d'enquête[7]

4. Le bureau technique syndical européen a participé au processus d'élaboration et de négociation paritaire du projet. Il a pu rassembler une importante documentation, y compris les documents provenant du Congrès américain mettant en évidence l'intervention active du lobby américain de l'industrie chimique contre le projet REACH (voir site Internet http://tutb.etuc.org.
5. Lors de l'admission à l'enquête, le médecin informe le patient et lui demande de signer un consentement écrit quant à sa participation au dispositif.
6. Le terme « subjectif » est ici utilisé dans son sens fondamental qui se rapporte au « sujet » : il s'agit de l'expérience du travailleur comme acteur ayant, du fait même de cette expérience, une connaissance singulière de l'activité de travail qui a été la sienne.
7. Pour un exposé plus détaillé de cette analyse, voir l'article soumis pour publication (Réseau Scop 93, 2004).

(voir encadré 2) permet d'identifier les inégalités face à la réparation des cancers d'origine professionnelle et d'examiner comment ces inégalités contribuent à la construction de l'invisibilité sociale des cancers liés au travail.

Droit de la réparation, inégalités sociales et invisibilité des cancers professionnels

La législation sur les maladies professionnelles en France, adoptée en 1919 et modifiée en 1945, relève du code de la Sécurité sociale qui concerne les travailleurs salariés du privé. Elle ne s'applique ni aux travailleurs indépendants, ni à la fonction publique, ni aux travailleurs ruraux qui ont leur propre régime d'assurance des risques professionnels.

La loi s'applique selon un principe d'égalité de droits entre tous les travailleurs salariés. Cependant, un modèle implicite sous-tend les règles d'élaboration des tableaux et les critères de reconnaissance, celui de l'emploi «typique», permanent en contrat à durée indéterminée (CDI) tout le long de la carrière dans une seule entreprise. Avec une moyenne de six emplois par personne, les patients de la Seine-Saint-Denis illustrent bien davantage les emplois dits «atypiques», ceux de la sous-traitance, du travail temporaire et, pour les femmes, de l'intermittence d'emploi. Ils ne réunissent pas les conditions requises «*d'exposition permanente et continue*». Cette situation éclaire la remise en cause des droits de la réparation des atteintes dues au travail,

ENCADRÉ 2 Résultats de l'enquête permanente menée en Seine-Saint-Denis auprès de patients hospitalisés pour cancer

Cette enquête est menée depuis 2002 dans trois hôpitaux du département de Seine-Saint-Denis pour les cancers du poumon, de la plèvre (mésothéliome et autres tumeurs pleurales), du larynx, de l'ethmoïde et des sinus, des voies urinaires et les leucémies.

Entre mars 2002 et février 2003, 175 patients ont été enregistrés dont la moitié a moins de 65 ans. Entretiens et expertises ont été faits pour 127 d'entre eux (107 hommes et 20 femmes). Les principaux obstacles à la réalisation des entretiens sont le décès, la gravité de l'état du malade et les difficultés de contact quand le malade n'est plus hospitalisé.

Les postes de travail occupés par les patients ont été des postes d'ouvriers pour 66% des hommes et des postes d'employées pour 60% des femmes. Pour les hommes, un poste de travail sur quatre provient du secteur de la construction. Pour les femmes, les secteurs de la santé et du commerce sont les plus représentés.

L'exposition à des cancérogènes professionnels a concerné 74% des patients. Le pourcentage d'exposés est le même chez les femmes que chez les hommes. Plus de la moitié des personnes exposées l'ont été à trois cancérogènes et plus.

Parmi les 94 patients ayant été exposés à des cancérogènes professionnels, 11 femmes (sur 14) et 24 hommes (sur 80) n'ont pas été considérés comme «déclarables» en maladie professionnelle par les experts. Les raisons en sont:

- l'exposition intermittente, occasionnelle ou de très courte durée à des cancérogènes figurant dans les tableaux de maladie professionnelle a été jugée trop éloignée des critères de reconnaissance (notamment le critère de «permanence» de l'exposition dans les «conditions habituelles de travail»);
- les cancérogènes ne figurent pas aux tableaux de maladies professionnelles et le lien de causalité entre la pathologie et le travail est trop difficile à établir pour envisager la reconnaissance de la maladie professionnelle dans le cadre du système complémentaire.

Tous les autres malades exposés (56 hommes et 3 femmes) ont reçu un certificat médical initial de maladie professionnelle. Mais 33 d'entre eux (30 hommes et 3 femmes) n'ont pas déclaré la maladie auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) chargée de statuer sur les dossiers de reconnaissance en maladie professionnelle. Les raisons sont les suivantes: le décès du malade et l'absence de démarches par la famille à l'issue du décès, l'impossibilité psychologique d'engager des démarches administratives qui apparaissent dérisoires au regard du malheur qui frappe le patient et sa famille; la précarité sociale et les difficultés de compréhension du déroulement de la procédure.

La déclaration a donc concerné 26 patients, tous des hommes. La reconnaissance a été obtenue sur les tableaux de cancers liés à l'amiante pour 19 patients même si tous présentent une poly-exposition à plusieurs cancérogènes avérés dont certains figurent dans les tableaux de maladie professionnelle. Un patient est reconnu sur le tableau «poussières de bois», un autre sur le tableau «benzène». Un dossier présenté dans le cadre du système complémentaire est en attente de réponse. Quatre demandes ont été rejetées pour exposition à l'amiante non prouvée ou, dans le cadre du système complémentaire, pour absence de «lien direct et essentiel» entre le travail et la pathologie.

Réseau Scop93, 2004

liée à des processus structurels de *précarisation sociale*, analysés en France dans le cadre d'un programme de recherche pluridisciplinaire (Appay et Thébaud-Mony, 1997). Ces processus concerne non seulement la santé (Davezies, 1997) mais aussi les droits des travailleurs (Vogel, 1997). Au terme d'une revue bibliographique internationale, Quinlan, sociologue australien, conclut également à « l'érosion » des droits de la santé au travail avec la croissance des emplois précaires (Quinlan et Mayhew, 1999). D'autres travaux, notamment au Québec, démontrent l'impact du développement des formes d'emploi dites « atypiques » en termes de précarisation des droits : ceux qui encadrent la protection de la grossesse et de la maternité (De Koninck et Malenfant, 2001), et ceux de la réparation des maladies professionnelles (Lippel, 2003).

Les effets de synergie entre plusieurs cancérogènes ont été montrés à propos de l'amiante (Expertise collective, 1997). Dans la situation observée, tous les malades ayant été exposés à l'amiante ont déclaré leur maladie en référence aux tableaux de maladies professionnelles correspondants, indépendamment des autres cancérogènes professionnels auxquels ils avaient pu être exposés. L'amélioration très importante de la reconnaissance des cancers liés à l'amiante et la création d'un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) – qui augmentent substantiellement le montant des indemnisations – est le résultat d'un important mouvement social analysé ailleurs (Thébaud-Mony, 2003). Même si les préjudices subis sont du même ordre pour un cancer associé à une exposition à l'amiante ou à d'autres cancérogènes professionnels, le montant des indemnisations est bien moindre dans le second cas. Ainsi, se construisent l'invisibilité des cancers associés à d'autres substances cancérogènes que l'amiante et l'inégalité entre les victimes de cancers professionnels en fonction de la nature du toxique en cause. Le tableau 1 montre que pour tous les cancérogènes autres que l'amiante, la reconnaissance en maladie professionnelle stagne.

L'accès à la déclaration de maladie professionnelle s'inscrit dans des mécanismes plus subtils, mais aussi plus profonds d'inégalité sociale. La mort tout d'abord, mais aussi le désarroi, l'isolement, le manque d'information et d'expérience du monde administratif par les malades, pour certains issus de l'immigration, empêchent ou dissuadent la majorité de déclarer leur cancer en maladie professionnelle. La sous-déclaration contribue de façon importante à l'invisibilité des cancers professionnels.

Dans quelle mesure ces inégalités dans leur ensemble contribuent-elles à l'invisibilité des cancers d'origine professionnelle ? Tout d'abord, reprenons l'inégalité entre les hommes et les femmes. Même si, dans cette enquête, les femmes sont moins nombreuses que les hommes parmi les malades recensés – ce qui est cohérent avec la différence d'incidence de cancer selon le sexe dans les localisations retenues pour l'étude, notamment le cancer du poumon –, la proportion de femmes exposées à des cancérogènes professionnels parmi les patientes est du même ordre que celle des hommes exposés parmi les patients. Pourtant, aucune des femmes ayant subi une exposition à des cancérogènes professionnels n'a fait de déclaration de maladie professionnelle et la majorité ne pouvaient y prétendre. Ces résultats, tout à la fois, remettent en question et renforcent un stéréotype concernant la division des risques entre les hommes et les femmes selon lequel les hommes seraient seuls soumis à l'insalubrité au travail (Messing, 2000).

Un autre axe d'inégalité concerne les formes d'emploi : plus l'emploi est intermittent et précaire plus la reconnaissance en maladie professionnelle des travailleurs concernés se heurte aux critères restrictifs de la réglementation, notamment concernant la permanence de l'exposition à un seul cancérogène. L'invisibilité s'établit ici à partir de leur impossibilité à déclarer et/ou faire reconnaître un cancer professionnel associé à des expositions multiples, mais intermittentes, subies il y a vingt ou trente ans, en intérim ou en sous-traitance.

Conclusion

Le cancer est une maladie emblématique de la production des inégalités sociales de santé. Dans sa genèse, il s'inscrit au cœur de la contradiction qui s'affirme entre la santé, d'une part, et, d'autre part, les choix industriels et les stratégies d'organisation du travail, sachant que l'orientation des politiques scientifiques concernant la recherche des causes contribue elle-même à rendre invisible la relation entre les choix économiques et industriels et l'épidémie

de cancer. Principale discipline permettant la connaissance des risques cancérogènes avant même la mesure statistique de leurs conséquences, la toxicologie industrielle a disparu de la recherche française sur le cancer. Les disciplines dominantes sont, en biologie fondamentale, la génétique, et en santé publique, l'épidémiologie. L'une et l'autre considèrent le cancer à partir de l'individu, dans ses caractéristiques génétiques et comportementales (Thébaud-Mony, 2004). Or la compréhension des inégalités sociales face au cancer suppose de considérer non pas la relation étroite entre la maladie et l'individu, mais son inscription au croisement d'histoires individuelles et de logiques structurelles d'organisation sociale du travail et de la production économique.

La démarche engagée par le Réseau SCOP 93 vise à briser les barrières disciplinaires et institutionnelles dans un but de production de connaissances des cancers professionnels fondée sur la complémentarité des expériences, des savoirs et des disciplines. Cette démarche permet aussi d'accéder aux processus générateurs d'inégalité face aux droits de la réparation des atteintes liées au travail. Même si le lien que la loi française établit entre réparation et prévention des risques professionnels est ténu, la mise en visibilité des cancers d'origine professionnelle en Seine-Saint-Denis souligne l'urgence d'une autre politique de prévention des cancers, en particulier dans les lieux de travail.

Bibliographie

Aiach P. (1987). *Les inégalités sociales de santé en France et en Grande-Bretagne. Analyse et étude comparative*, Paris, INSERM – La Documentation française, 213.

Aiach P. (1995). La société au miroir des inégalités, *Revue Prévenir*, 28.

Aiach P. (2001). De la mesure des inégalités : enjeux sociopolitiques et théoriques *in* Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les inégalités sociales de santé*, Paris, INSERM/La Découverte, 83-92.

Appay B., Thébaud-Mony A. (dir) (1997). *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESCO, 579.

Barbier G., Farrachi A. (2004). *La société cancérigène. Lutte-t-on vraiment contre le cancer ?* Paris, Éditions La Martinière, 190.

BEH (2003). La mortalité prématurée en France, numéro thématique, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, nos 30-31, juillet 2003.

Boffeta P., Kogevinas M., Westerholm P., Saracci R. (1997). Exposure to occupational carcinogens and social class differences in cancer occurrence *in* Kogevinas M., Pearce N. Susser M. et Boffeta P. (ed), *Social Class Inequalities and Cancer*, Lyon, IARC Scientific Publications, 138 : 331-41.

Breau J.L., Andeol M., Spano J.P. *et al.* (2002). *Occupational cancer surveillance in the Paris suburb of Seine Saint Denis, France : Results of the preliminary methodological study*, Proceedings of American Society of Clinical Oncology, vol. 21.

Brixi O., Lang T. (2000) Comportements *in* Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les inégalités sociales de santé*, Paris, INSERM/La Découverte, 391-402.

Brugère J., Thébaud-Mony A. (1999). Les cancers professionnels *in* Cancer : évolutions récentes, *Revue des affaires sociales*, no 2, avril-juin 1999.

Canguilhem G. (1991). *Le normal et le pathologique*, Paris, Quadrige/PUF.

Cezard M. Hamon-Cholet S. (1999). Efforts et risques au travail en 1998, *Premières informations, premières synthèses*, DARES, 99.04, no 16.

Commission cancer (2003). *Cancer : une mobilisation nationale. Tous ensemble*, République française.

Commission Déniel (1997). *Rapport de la Commission instituée par l'article 30 de la loi no 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997*, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Commission Dorion (1993). *Rapport de la Commission pour la modernisation du système de réparation des maladies professionnelles*, La Documentation française, Paris.

Cour des comptes (2002). *La gestion du risque accident du travail et maladies professionnelles. Rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés*, février 2002.

Cristofari M.F.(2003). *Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel*, Centre d'études de l'emploi, Rapport pour la DREES et la DARES, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité.

Davezies P. (1997). Processus de précarisation, organisation du travail et santé mentale *in* Appay B., Thébaud-Mony A., op. cit.

De Koninck M., Malenfant R. (2001). *Maternité et précarisation de l'emploi, Rapport de recherche*, Québec, CLSC Haute-Ville-des-Rivières et Université Laval.

Desplanques (1993). L'inégalité sociale devant la mort *in* Ouvrage collectif, *Données sociales*, Paris, INSEE, 251-56.

Desrosières A. (2000). *La politique des grands nombres. Histoire de la raison statistique*, Paris, La Découverte (1e édition, 1993), 449.

Epstein S.S. (1998). *The Politics of Cancer Revisited*, New York, East Ridge Press, 770.

Expertise collective (1997). *Effets sur la santé des principaux types d'amiante*, Paris, INSERM.

Fassin D. (2003). Le capital social, de la sociologie à l'épidémiologie : analyse critique d'une migration transdisciplinaire, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51 : 403-13.

Foucault (1976). *Histoire de la sexualité. Tome 1 : La volonté de savoir*, Gallimard, Paris, 211.

Gerin M., Semiaticky J. (1982). *Translating job history into occupational exposure for epidemiological purposes*, in proceedings of a conference held in April 1982 in Southampton.

Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Lert F. (2003). Épidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51 : 381-401.

Imbernon E. (2003). *Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France*, Institut de veille sanitaire, 25.

Herbert C., Launoy G. (2000) Les cancers *in* Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les inégalités sociales de santé*, Paris, INSERM/La Découverte, 239-50.

Héry M. (2002) Besoins de recherche en santé au travail pour les salariés d'entreprises de sous-traitance interne, *PISTES*, Montréal, Université du Québec à Montréal, 4 (1), mai 2002.

Kogevinas M., Pearce N. Susser M., Boffeta P, (éds) (1997). *Social Inequalities and Cancer*, Lyon, IARC Scientific Publications, nº 138, 397.

Kunst A.E., Grovenhof F., Mackenbach J.P. (2000). Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens in Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., *Les inégalités sociales de santé*, Paris, INSERM/La Découverte, 53-68.

Lippel K. (2003). Compensation for Musculoskeletal Disorders in Quebec: Systemic Discrimination against Women Workers? *International Journal of Health Services*, 33 (2) : 253-81.

Messing K. (2000) *La santé des travailleuses. La science est-elle aveugle ?* Toulouse, Octares.

Oddone I., Re A., Briante G. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail ?* Paris, Éditions sociales, 258.

Quinlan M., Mayhew C. (1999). Precarious Employment and Worker's Compensation, *International Journal of Law and Psychiatry*, 22 (5 et 6) : 491-520.

Remontet L., Estève J., Bouvier A.M. *et al.* (2003) Cancer Incidence and Mortality in France over the period 1978-2000, *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51 : 3-30.

Réseau Scop 93 (2004). *A Multidisciplinary Network about Occupational Cancer in a Paris Suburb, Seine Saint Denis (France). First Results of a Pro-Active Research* (submitted to IJOEH).

Statistiques technologiques et financières d'accidents du travail et des maladies professionnelles (années 1986 à 2001), Paris, CNAM-TS.

Teiger C., Laville A. (1981). Travailleurs de nuit permanents, rythmes circadiens et mortalité, *Le travail humain*, 44 (1).

Thébaud-Mony A (2003), Justice for Asbestos'Victims and Politics of Compensation: The French Experience, *International Journal of Occupational and Environnemental Health*, 9 : 280-86.

Thébaud-Mony A. (1991) *La reconnaissance des maladies professionnelles*, Paris, La Documentation française, 287.

Thébaud-Mony A. (2000). *L'industrie nucléaire. Sous-traitance et servitude*, Paris, INSERM/EDK, Collection Questions en santé publique, 272.

Thébaud-Mony A. (2004). *Genetics and Prevention: "Work at risk" or "Workers at risk"?* Archives of Public Health.(sous presse).

Thébaud-Mony A., Boujasson L, Levy M, *et al.* (2003). Parcours-travail et cancers professionnels. Recherche-action en Seine Saint Denis (France), *PISTES*, Montréal, Université du Québec à Montréal, vol. 5.

Turshen M. (1989). *The Politics of Public Health*, New Brunswick, Rutgers University Press.

Vogel L. (1997). Droit du travail et précarisation des droits dans les états de l'Union européenne *in* Appay B. et Thébaud-Mony A., op. cit.

Volkoff S, Molinié A.F. (1984) Mortalité et condition sociale *in* Cassou B., Huez D., Touranchet A., Mouzel L., *Les risques du travail. Pour ne pas perdre sa vie à la gagner*, Paris, La Découverte, 29-30.

Volkoff S., Thébaud-Mony A. (2000). Santé au travail : l'inégalité des parcours *in* Ouvrage collectif, *Les inégalités de santé*, INSERM, 349-62.